Lane Medical Library

Beitrag

zur

Kenntnis der Syphilome am Halse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 10. April 1889

vormittags 11 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Emil Pumplun

aus ~~Cörlin a./Pers.~~

Opponenten:

Herr Kluck, prakt. Arzt.

Herr Kilkowski, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0048

Dem teuren Andenken

seiner unvergesslichen Mutter,

seinem guten Vater

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Syphilome am Halse, die von der Wandung eines Blutgefässes ausgehen, gehören entschieden zu den selteneren Erscheinungen. Die Seltenheit ihres Vorkommens steht aber im umgekehrten Verhältnis zu ihrer chirurgischen Wichtigkeit.

Es genüge nur der Hinweis auf den enormen Unterschied in der Therapie gerade bei diesen Fällen, je nachdem sich die Diagnose für Syphilis als die zu grunde liegende Krankheit entschied oder nicht.

Zweck folgender Arbeit ist es nun, einen kleinen Beitrag zur Kenntnis der Syphilome am Halse zu liefern, der so spärlichen Casuistik auf diesem Gebiet eine kleine Bereicherung angedeihen zu lassen, überhaupt auf diese Krankheitsform die Aufmerksamkeit der berufenen Kreise zu lenken.

Während ich auf die näheren Angaben bezüglich der hierher gehörigen Litteratur später kommen werde, will ich zunächst einen neuen Fall von Syphiloma colli ausführlich beschreiben, den ich während meiner Coassistentenzeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Derselbe wurde in der chirurgischen Klinik zu Greifswald behandelt und durch die Liebenswürdigkeit des Vorstandes dieses Instituts, Herrn Professor Dr. Helferich, mir zur Bearbeitung überlassen.

Krankheitsgeschichte.

Anamnese. Der Eigentümer C. K. ist 49 Jahre alt. Von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten will er verschont geblieben sein. Dagegen giebt er an, vor

etwa 20 Jahren an Nervenfieber, und später dreimal an Lungenentzündung gelitten zu haben, das letzte Mal vor drei Jahren. Irgend welche Residuen dieser Krankheit haben sich nicht bemerkbar gemacht. K. ist nach der Reconvalescenz immer rüstig, und seinen Geschäften als Landmann vollauf gewachsen gewesen. Er ist verheiratet und Vater gesunder Kinder. Jegliche luetische Infection wird entschieden in Abrede gestellt. Hereditäre Belastung irgend welcher Art kann nicht constatiert werden.

Vor drei Wochen nun bemerkte Patient ganz zufällig, als er sich rasirte, eine kleine, etwa erbsengrosse Geschwulst im linken oberen Halsdreieck unterhalb des Unterkieferwinkels. Dieselbe war verschieblich, und die darüber liegende Haut konnte in Falten abgehoben werden. Spontane Schmerzen bestanden nicht. Ein aetiologisches Moment für das Entstehen dieser Geschwulst kann nicht angegeben werden. Jedenfalls wurde Patient durch das schnelle Wachstum derselben in steter Besorgnis erhalten. Im Verlauf von etwa 14 Tagen hatte der Tumor so an Umfang zugenommen, dass er die Grösse eines Hühnereies repräsentierte. Ausserdem schmerzte er jetzt bei Berührung, das Sprechen wollte nicht mehr so leicht und fliessend von statten gehen wie früher, und beim Schlucken hatte Patient das Gefühl, als sei an einer Stelle ein Hindernis zu überwinden.

Diese so schnell sich häufenden, ernsten Symptome führten ihn zu einem Arzt, dessen Rat, sich in der Greifswalder Königlichen Universitätsklinik aufnehmen zu lassen, bereitwilligst befolgt wurde, so dass Patient am 10./12. 88 hier zum erstenmal zur Untersuchung kam.

Status. Mittelgrosser, kräftig gebauter, muskulöser Mann mit geringem Panniculus adiposus. Gesichtsausdruck leidend, Gesichtsfarbe fahl. Patient ist etwas schwerhörig. Eigentümliche Haarwirbel auf beiden Schulterhöhen. An den Respirations-, Circulations- und Digestionsorganen nichts Abnormes. Keine Residuen einer früher bestandenen luetischen Affection.

In der regio submaxillaris sinistra findet sich ein an der Oberfläche unregelmässiger, auffallend harter, mit der an der höchsten Stelle etwas braunrot verfärbten Haut verschiebbarer Tumor von der Grösse eines Hühnereies. Die Haut ist über demselben gleichmässig oval hervorgewölbt. Nach unten erstreckt sich der Tumor bis zur Mitte des Schildknorpels, ungefähr zwei Finger breit von der Medianlinie entfernt. Nach oben reicht er bis zum Rande des Unterkiefers, der hintern Hälfte des Körpers entsprechend. Eine Verwachsung mit dem Unterkiefer liegt jedenfalls nicht vor. Die hintere Grenze des Tumors ist nicht genau zu bestimmen, da der M. sterno-cleido-mastoideus über ihn teilweise hinwegzieht, ohne, wie es scheint, mit ihm verwachsen zu sein. Die vordere Grenze nähert sich von unten nach oben allmählich mehr und mehr der Mittellinie, so dass er dieselbe in der Höhe des Zungenbeins erreicht, von dessen linkem grossen Horn er sich nicht abgrenzen lässt, vielmehr fest damit verwachsen zu sein scheint. Es ist möglich, dass der Tumor in der Tiefe des Halses mit irgend welchen Gebilden zusammenhängt, die seine geringen Excursionen bei passiven Bewegungen mitmachen. Bei aktiven Schluckbewegungen des Patienten ist ein Heben und Senken des Tumors zu beobachten. Die Lymphdrüsen des Halses sind der Palpation auf der kranken Seite nicht zugänglich. Eine ganz unbedeutende Ver-

grösserung derselben auf der gesunden Seite, sowie mässige Schwellung der Nuchaldrüsen ist nur bei genauester Untersuchung erkennbar. Patient ist heiser und klagt über eine gewisse Schwere der Artikulation beim Sprechen, sowie über leichte Schluckbeschwerden.

Eine Diagnose wurde noch nicht gestellt, sondern zur Sicherheit der laryngoscopische Befund durch Herrn Dr. Strübing abgewartet und mit in Betracht gezogen.

Die Kehlkopfuntersuchung ergab folgendes:

Die Gegend des linken Lig. glosso-epiglotticum ist deutlich hervorgewölbt. Die Hervorwölbung erstreckt sich von oben in den Kehlkopf hinein, so dass die Contouren der ary-epiglottischen Falten auf der linken Seite fast vollständig verstrichen sind.

Die ganze linke Seite des Kehlkopfeinganges und der oberen Kehlkopfhöhle bis herab zum wahren Stimmband wird von einer Geschwulst eingenommen. Man hat den Eindruck, als würde die Schleimhaut von einem hinter ihr liegenden Tumor hervorgewölbt. Ein circumscripter Tumor auf der Schleimhaut selbst ist nicht zu erkennen, desgleichen mit Sicherheit keine Ulcerationen. Die Schleimhaut ist vielmehr völlig intakt. Die beiden wahren Stimmbänder sind nur wenig iniciert; im übrigen zeigt die Schleimhaut des Kehlkopfes auch auf der anderen Seite mässige Rötung und Schwellung. Zeichen von alter Lues sind nicht vorhanden.

Diagnose. Wir haben eine Geschwulst am Halse eines 49jährigen Mannes, die ohne nachweisbare Ursache von einem kleinen Knötchen ausgegangen ist und in verhältnismässig kurzer Zeit (3 Wochen!) zunächst ohne irgend welche Beschwerden zu machen, einen relativ grossen Umfang (Hühnereigrösse!) er-

reicht hat. Mit der Zeit stellen sich auf Berührung Schmerzen ein, und durch die Raumbeengung entstehen Sprach- und Schluckbeschwerden. Dabei fühlt sich die an der Oberfläche etwas höckerige Geschwulst sehr hart an und ist mit der Haut verwachsen. — Der Gesammteindruck ist der eines Carcinoms.

Gegen Fibrom und Lipom spricht die harte Consistenz, abgesehen davon, dass letztere Tumoren neben ihrer lappigen Structur häufig Pseudofluctuation zeigen und ihren Lieblingsplatz mehr in der Nuchalgegend haben. Sarkom ist ebenfalls auszuschliessen. Diese hauptsächlich im jugendlichen Alter vorkommenden, gewöhnlich von den Lymphdrüsen oder vom Knochenmark ausgehenden Geschwülste, sind meist abgekapselt und von gleichmässiger Oberfläche. Cystischer Natur ist der Tumor sicher nicht, ebensowenig wie er etwas mit Enchondromen oder Osteomen gemeinsam hat, die, wenn sie am Halse vorkommen, stets mit der Wirbelsäule in Zusammenhang stehen. Auch an Syphilom wurde gedacht. Dagegen spricht der gänzliche Mangel irgend welcher anamnestrischer Anhaltspunkte und das absolut negative Resultat der Untersuchung auf Residuen früher bestandener syphilitischer Affectionen.

Also Carcinom! Dass im Kehlkopf der primäre Sitz nicht zu suchen sei, hat die laryngoskopische Untersuchung dargethan, die bis auf eine „mässige Rötung und Schwellung der Schleimhaut“ deren völlige Integrität ergeben hat.

Ausser der carcinomatösen Erkrankung der Lymphdrüsen am Halse bei dem primären Sitz des Krebses in einer benachbarten Gegend kennen wir aber, oder besser — kannten wir keinen Primärkrebs an der seitlichen Halsgegend, bis in neuerer Zeit R.

v. Volkmann[1]) und P. Bruns[2]) das Vorkommen eines solchen nachgewiesen haben.

v. Volkmann hat dreimal im oberen Halsdreieck tief zwischen der Muskulatur Carcinome gefunden, die, wie er sagt, „weder mit der äusseren Haut, noch mit der Schleimhaut des Pharynx zusammenhingen, sicher nicht von erkrankten Lymphdrüsen ausgegangen waren und bei Abwesenheit jedweder anderweitigen Carcinombildung als primäre aufgefasst werden mussten.

Die Kranken waren Männer zwischen 40 bis 50 Jahren. Einmal sass die Geschwulst auf der rechten, zweimal auf der linken Seite. Ihre Grösse variierte zwischen der einer starken Pflaume und der einer Kinderfaust. Die Consistenz war anfangs stets eine sehr feste, scirrhöse.

In dem einen Fall bestanden heftige Atem- und Schluckbeschwerden. Die Haut war über dem Tumor intakt, in Falten aufzuheben, mit der Nerbildung nicht verwachsen, und der in den Pharynx eingeführte Finger konnte mit Sicherheit nachweisen, dass die Schleimhaut über dem Tumor gesund und verschieblich sei.“

v. Volkmann kommt dann zu folgendem Schluss: „Betrachtet man die Lage dieser tief zwischen den grossen Gefässen und Zungenbein und Kehlkopf sich entwickelnden Geschwülste, deren histologische Structur den Ausgang von irgend einem epithelialen Lager mit Notwendigkeit fordert, so liegtdie Vermutung nahe, dass sie Seitenstücke zu den tiefen Halsatheromen bilden und sich von epithelialen Zellenkeimen aus entwickeln, die bei der Rückbildung der Kiemenspalten in der Tiefe der Gewebe liegen bleiben, bis sie ein

[1]) Centralblatt für Chirurgie 1882, Nr. 4, p. 49.

[2]) P. Bruns. Beiträge zur klin. Chirurgie 1885. I. p. 369.

mächtiger, uns freilich unbekannter Reiz nach langem Schlummer zu heteroplastischer Wucherung anregt. Ich trage daher kein Bedenken, diese Carcinome als branchiogene oder branchiale zu bezeichen."

Es bedarf wohl kaum des besonderen Hinweises, wie genau diese Beschreibung auf unsern Fall passt. Somit wurde mit der grössten Wahrscheinlichkeit die Diagnose „branchiogenes Carcinom" gestellt.

Therapie. Die Therapie konnte danach keinen Augenblick zweifelhaft sein. Es wurde die Entfernung des Tumors mittelst Operation im Gesunden beschlossen. Der allgemein anerkannten Indication: „heraus mit dem Carcinom aus dem Körper, solange es noch operabel ist", musste in erster Linie Rechnung getragen werden, selbst wenn der Tumor bereits Gebilde des Kehlkopfs afficiert haben sollte, eine Befürchtung, die nach dem Ergebnis der Untersuchung nur zu berechtigt erschien. Sollte sich diese Befürchtung in operatione als begründet heraus stellen, so wurde die partielle, wenn nötig, halbseitige Kehlkopfexstirpation in Aussicht genommen.

Die Berechtigung der halbseitigen Kehlkopfexstirpation zur Heilung maligner Tumoren ist durch die Statistik glänzend festgestellt. Das Recidiv tritt keineswegs häufiger ein, als nach totaler Exstirpation. Zwei Fälle von E. Hahn waren, der eine $3\frac{1}{2}$ Jahre, der andere 9 Monate, ein Fall von M. Schede 18 Monate ohne Recidiv. Dabei ist die Mortalität eine viel geringere: von 52 Fällen totaler Exstirpation starben 24 infolge der Operation, von 11 Fällen halbseitiger nur einer. (E. Hahn).

Eine vollständig aseptische Heilung ist aus nahe liegenden Gründen niemals zu erreichen, doch gelingt es in der Regel, durch entsprechende Behandlung die

Entzündung auf ein Minimum zu beschränken. Tiefe Eitersenkungen in das Mediastinum und septikämische Zustände sind selbst nach ausgedehnten Exstirpationen selten beobachtet worden. Dagegen spielen Bronchitis und Pneumonie eine nicht unbedeutende Rolle, da die ersten, meist zersetzten Wundsekrete leicht in die Luftwege gelangen können, wenn nicht die nötigen Vorsichtsmassregeln getroffen werden.

Prognose. Im allgemeinen würde die Prognose quoad vitam durch die eventuelle Complication der halbseitigen Keklkopfexstirpation keine wesentliche Modification erleiden. Sie ist in jedem Falle, wenn kein Recidiv auftritt, als günstig zu bezeichnen; auch quoad valetudinem lässt sich dasselbe sagen. Durch die eingreifendere Operation würde zunächst allerdings der Allgemeinzustand des Patienten etwas verschlimmert werden, doch steht sicher zu hoffen, dass bei seiner guten Constitution die Reconvalescenz in nicht allzu langer Zeit und vollständig eintreten dürfte.

Nur quoad functionem gestaltet sich die Prognose beim eventuellen Übergreifen der Operation auf den Kehlkopf, — ich nehme den schlimmsten Fall der halbseitigen Exstirpation an, — wesentlich schlechter, wie das bei der physiologischen Wichtigkeit dieses Organs nur zu natürlich ist. Während bei Integrität des Larynx nach der operativen Entfernung der Geschwulst durch Narbenkontraktur im ungünstigsten Falle eine Schiefstellung des Kopfes (Caput obstipum) sich ausbilden könnte, würden nach halbseitiger Kehlkopfexstirpation Sprachstörungen und Schlingbeschwerden kaum zu vermeiden sein. Immerhin ist die Prognose viel günstiger, wie nach totaler Exstirpation. Das Einlegen eines künstlichen Kehlkopfes liesse sich vielleicht vermeiden, in der Erwägung, dass die Ent-

fernung nur des einen Stimmbandes notwendig werden würde, ein Fall, in dem sich die Stimme zuweilen fast vollständig wieder herstellt. M. Schede hat über einen solchen Operierten berichtet, der mit lauter, nur etwas belegter Stimme sprach. Damit kämen dann für unseren Patienten die durch das Tragen jenes phonetischen Apparates verursachten Unannehmlichkeiten und Beschwerden in Wegfall.

Bei halbseitiger Exstirpation kann ausserdem die Epiglottis immer geschont werden, was für den Schlingakt von ausserordentlichem Belange ist.

15/11. 88. Streng antiseptische Operation in Narkose. Ein etwa fingerbreit unter dem linken Ohre ansetzender Schnitt führt bogenförmig um die hintere und untere Grenze der Geschwulst bis zur Mittellinie. Dort schliesst sich an denselben vor der vordern Grenze des Tumors ein Verticalschnitt an, der etwa bis zur Höhe des Zungenbeins reicht. Der die Oberfläche der Geschwulst blosslegende, abpräparierte Hautlappen wird nach oben geschlagen und provisorisch an die Wangenhaut angenäht. Die Verwachsung des Tumors mit der Haut und den benachbarten Geweben ist eine ungewöhnlich feste und innige, so dass bei der Exstirpation von einem Abstreifen mit dem Finger niemals die Rede sein kann, weil feste, balkenartige, nur mit dem Messer trennbare Faserzüge überall von der Geschwulst ausgehen und dieselbe mit den Nachbargebilden fest verlötet haben.

Da die Narkose infolge häufiger Hustenstösse besondere Schwierigkeiten bereitet, und hauptsächlich mit Rücksicht darauf, dass ein Übergreifen der Operation auf den Kehlkopf unvermeidlich erschien, wird die Tracheotomie gemacht und zwar für diesen Fall speziell die Tracheotomia inferior, die der Exstirpatio

laryngis immer vorausgeht, um während der Operation durch Einlegen der Tamponkanüle oder durch Auflegen von Schwammstückchen das Einfliessen von Blut in die Bronchien verhindern zu können.

Die Trachea ist in der Gegend des Jugulums von dem weit herunterhängenden mittleren Schilddrüsenlappen bedeckt; es gelingt jedoch unschwer, die untere Grenze desselben aufzufinden und ihn nach oben zurückzuziehen.

Nach Eröffnung der Trachea durch einen grossen Schnitt wird eine Hahn'sche Tamponkanüle eingeführt, und die Narkose durch diese Kanüle und einen an dieselbe angefügten Gummischlauch mit trichterförmigen peripherer Öffnung bequem und ohne weitere Störungen fortgesetzt.

Unter sehr mühevoller, zeitraubender, präparatorischer Arbeit gelingt es, den obern und hintern Rand des Tumors frei zu legen, der nach Innen auf der Vena jugularis communis mit dem paravasculären Bindegewebe und mit der Gefässwand fest verwachsen und vom M. sterno-cleido mastoideus bedeckt ist. Verwachsungen mit diesem Muskel bestehen an keiner Stelle, so dass derselbe völlig unversehrt bleibt. Langsam und vorsichtig, damit garnicht die Venenwand verletzt werde, wird die speckige, sehr brüchige Geschwulst exstirpiert, und die Muskulatur des Zungenbeins, — M. biventer und M. mylo-hyoideus, — sowie der Unterkieferrand freigelegt. Auch mit dem Unterkiefer und dem Zungenbein liegen keine Verwachsungen vor. Bei der Ablösung der tiefsten Teile der Geschwulst, die sich seitlich vom Schildknorpel nach hinten erstreckt, wird schleimiger, zäher Eiter von stahlblauem, molkigem Aussehen in geringer Quantität entleert. An dem Rande des Unterkiefers finden sich

mehrfach Conglomerate von geschwollenen Lymphdrüsen.

Ein Hineinwuchern der Geschwulst in den Larynx in der Gegend des Schild- oder Ringknorpels kann nicht konstatiert werden.

Die grosse, wuchtige Wunde wird mit Jodoformgaze tamponiert; Situationsnähte der Haut, feuchte Compresse.

Schon während der Operation wurde von Herrn Professor Helferich die Diagnose Carcinom aufgegeben und aus der speckigen, brüchigen Beschaffenheit der Geschwulst ihre syphilitische Natur als unzweifelhaft hingestellt. Der makroskopische Befund allein lässt ein Carcinom mit Sicherheit ausschliessen. Die von Herrn Professor Helferich am Operationstisch gestellte Diagnose „Syphilom" wird durch die von Herrn Professor Grawitz vorgenommene pathologisch-anatomische Untersuchung der exstirpierten Geschwulst nur bestätigt. Das Protokoll darüber sagt (es sind mehrere Stücke übersandt worden):

1) Kegelförmiges Stück, 53 mm lang, bis zu 4 mm breit, 18 mm dick. Schnittfläche gleichmässig graurot, durchscheinend, an der dicksten Stelle ein kleines Gefäss enthaltend; von derber elastischer Consistenz. Einzelne Stellen der Schnittfläche sind gelblich-opak. Letztere erweisen sich mikroskopisch als in Fettmetamorphose begriffen. Im übrigen findet sich frisches Granulationsgewebe, zum Teil mit körnigen Zellen, zartes junges Bindegewebe mit zahlreichen sternförmigen Bindegewebszellen, derbes festes und sklerotisches Bindegewebe mit derben, breiten Fasern (fast wie starke elastische Fasern aussehend).

2) Keilförmiges Stück, 45 mm lang, 28 mm breit, 14 mm dick. Schnittfläche gleichmässig graurot,

durchscheinend, mit gelben trüben Stellen (Fettmetamorphose). Derselbe mikroskopische Befund wie bei 1.

3) Ein unregelmässiges Stück mit einer 1) und 2) ähnlichen Stelle, einem Stück Muskel und einem andern Stück Substanz, die sich mikroskopisch als Speicheldrüsengewebe ausweist.

Die frischen, zum Teil in Verfettung begriffenen Granulationen, das junge zarte und das alte derbe Bindegewebe (narbig) dicht neben einander, mit allen Stadien des Überganges zwischen diesen, machen die Diagnose Gummigeschwulst sehr wahrscheinlich.

Patient hat sich von der Operation bald erholt. Die äussere Öffnung der Kanüle wird stets mit Listergazestreifen leicht bedeckt, um das Eindringen äusserer Schädlichkeiten in die Luftwege zu verhindern. Ganz geringe Temperatur-Steigerungen kehren bereits nach zwei Tagen zur Norm zurück, worauf vollständig fieberloser Verlauf eintritt.

17/12. 88. Es hat sich eine leichte Bronchitis entwickelt; durch die Kanüle ist ziemlich viel übelriechender Schleim ausgehustet worden. Entfernung der Hahnschen Tamponkanüle, Einführung einer einfachen Trachealkanüle. Jodkali innerlich.

20/12. 88. Die Symptome der Bronchitis sind geschwunden. Sekundärnaht der Wunde unter Einführung zweier Drains. Der unterste Wundwinkel bleibt wegen der Nähe der Trachealkanüle offen und wird mit Jodoformgaze tamponirt.

23/12. 88. Entfernung der Trachealkanüle.

1/1. 89. Die Sekundärnaht ist gelungen bis auf drei kleine granulierende Stellen, welche den Drainagestellen entsprechen und dem offen gelassenen untersten Wundwinkel. Täglicher Verbandwechsel. Arg. nitr.

Salbe. Der laryngoskopische Befund ist derselbe wie vor der Operation.

17/1. 89. Patient wird geheilt entlassen. Unter fortwährendem Gebrauch von Jodkali, das auch zu Hause noch weiter genommen werden soll, ist die Schwellung und Rötung im Kehlkopf zurückgegangen, wie die vorgenommene Untersuchung konstatiert. Die Sprach- und Schluckbeschwerden sind gänzlich verschwunden. Die Operationswunde ist vernarbt. Ganz unbedeutendes Caput obstipum sinistrum infolge von Narbenkontraktur.

Ausser der aus dem makroskopischen Befund am Operationstisch, sowie der nach der pathologisch-anatomischen Untersuchung gestellten Diagnose auf Syphilom würde die Richtigkeit derselben durch den mit Jodkali erzielten sekundären Erfolg noch zur Genüge erwiesen sein. Auch der Umstand, dass K. Vater gesunder Kinder ist, von denen das jüngste im Alter von beiläufig 6 Monaten steht, spricht nicht gegen Syphilom. Die tertiäre Form der Syphilis, zu der diese Tumoren unzweifelhaft zu rechnen sind, schliesst bekanntlich die Zeugungsfähigkeit gesunder, lebensfähiger Nachkommen nicht aus.

Es könnte nun noch eingewendet werden: wenn die Diagnose gleich zu Anfang richtig gestellt worden wäre, so hätte der Tumor durch einfache antisyphilitische Kur beseitigt, und so die Operation, die in diesem Falle durch die Tracheotomie noch eine Complication erhielt, vermieden werden können.

Auf diesen Vorwurf, der so berechtigt klingt, glaube ich etwas näher eingehen zu müssen.

Die Diagnose nicht aufgebrochener Syphilome kann nach dem übereinstimmenden Urteil aller Autoren

recht schwer werden und zu den mannigfachsten Verwechslungen führen.

Die grösste Ähnlichkeit dem Ansehen, der Entwicklung und dem Verlaufe nach haben mit den Syphilomen die bekannten geschwulstartigen, ziemlich indolenten Entzündungsknoten scrofulöser Individuen, die ebenfalls nur träge zur Schmelzung gelangen und sehr lange die Derbheit ihrer Wandungen beibehalten, ähnlich wie das Syphilom.

Unter solchen Umständen ist es erklärlich, dass die Gummageschwulst vorzüglich des Halses, wo sie, wie im beschriebenen Falle, Sprach- und Schluckbeschwerdeu verursachen, ferner zu Atemnot und Erstickungsanfällen, ja sogar zur Atrophie und Paralyse der Respirationsmuskeln und -Nerven führen können, lebensgefährliche Operationen veranlasst haben. Diese Gefahr ist um so grösser, weil zwischen der primären Infection und den sogenannten tertiären Formen, denen das Syphilom angehört, alle Zwischenglieder fehlen können, und weil die Syphilis, bei anscheinend tadellosem Allgemeinbefinden, eine lange Reihe von Jahren latent geblieben sein kann, um ohne nachweisbare Ursache plötzlich als Gummageschwulst zu Tage zu treten.

Der Chirurg wird um so leichter getäuscht, weil die Anamnese, sei es aus Unkenntnis und Vergesslichkeit des Kranken oder aus Scham, so häufig gar keine Anhaltspunkte bietet, und man sollte auf die Versicherung des Kranken, dass eine Infektion niemals stattgefunden habe, billiger Weise keine Rücksicht nehmen, wenn der syphilitische Ursprung einer Affection auch nur möglich erscheint.

Finden sich mehrere Gummageschwülste gleichzeitig vor, wie es bei gummösen Affectionen der

Lymphdrüsen, der Sehnen und Knochen nicht selten der Fall ist, oder sind Spuren früher bestandener Syphilis nachweisbar, so wird eine Verwechselung mit andern Geschwülsten nicht so leicht vorkommen. Wenn aber — und so verhält es sich in unserm Falle — bei relativ guter Gesundheit nur eine Geschwulst sich vorfindet, wenn jede frühere specifische Erkrankung entschieden in Abrede gestellt wird, und trotz der genauesten Untersuchung irgend welche Residuen syphilitischer Affectionen nicht gefunden werden, so ist es mehr als verzeihlich, wenn der Chirurg zum Messer greift und erst während der Operation seinen Irrtum erkennt.

Wie wenig diese von Virchow hervorgehobene Gefahr der Verwechselung syphilitischer Geschwülste mit weit gefährlicheren Erkrankungen von den Chirurgen gewürdigt wird, zeigt ein Blick in die gangbarsten Lehrbücher, von Hüter, Bardeleben, König, Albert, die zwar das Gumma der Zunge behandeln, von denen der erste Syphilome der äusseren Muskulatur beschreibt, indem er ihrem gelegentlichen Vorkommen im Kopfnicker und in den Oberarmmuskeln einige Zeilen widmet, die andern aber sie garnicht oder nur beiläufig erwähnen. Das Syphiloma colli vollends, das von der Gefässwand seinen Ursprung nimmt, scheint noch sehr wenig gekannt zu sein, wenn die Seltenheit, mit der es in der Litteratur erwähnt wird, einen Rückschluss auf sein Vorkommen gestattet. Sucht man in den Specialwerken der Syphilis nach, so wird auch hier die Enttäuschung nicht ausbleiben, wenn man sich mit der Hoffnung getragen, in ihnen befriedigende Aufklärung über genannte Krankheitsform zu bekommen. Die weitaus grössere Anzahl der Autoren auf diesem Gebiet geht ganz mit Still-

schweigen über sie hinweg, und wo der Syphilome am Halse überhaupt Erwähnung gethan wird, beschränkt man sich auf die Muskelsyphilome des M. Sterno-cleido-mastoideus.

Die relativ meiste Ausbeute über Syphilome am Halse überhaupt liefern noch die medicinischen Fachschriften.

Einen einzigen, dem von mir beschriebenen einigermassen analogen Fall habe ich im Centralblatt für Chirurgie 1881 gefunden, und zwar ist derselbe von v. Langenbeck[1]) 1881 in einem Vortrage auf dem Chirurgenkongress mitgeteilt.

Es sei mir gestattet, den betreffenden Fall hier in Kürze wiederzugeben.

Patientin ist eine 53jährige Frau, die vor vielen Jahren längere Zeit an fluor albus gelitten hat. Vier Monate vor ihrer Aufnahme bemerkte sie eine bohnengrosse Anschwellung an der rechten Seite des Halses, in der Höhe des Kehlkopfes, die langsam wuchs, bei Berührung schmerzte, das Atmen und Schlingen aber nicht behinderte.

Status. Patientin ist mager, von bleichem Aussehen, kleiner Statur. Auf der rechten Seite des Halses in der Höhe des Ringknorpels befindet sich eine hühnereigrosse Geschwulst von fester Consistenz. Dieselbe ist mit der Haut verwachsen und verschiebbar, aber möglicherweise mit tieferen Teilen adhaerent. An der höchsten Stelle der Geschwulst ist die Haut gerötet. Spontane Schmerzen fehlen, doch verursacht die Berührung der Geschwulst Schmerzen. Anschwel-

[1]) v. Langenbeck ist meines Wissens auch der erste, der nachgewiesen hat, das Syphilome am Halse nicht bloss im Kopfnicker, sondern auch vor demselben, frei im Zellgewebe vorkommen.

lung der Lymphdrüsen am Halse ist nicht vorhanden. Die Diagnose wurde auf Carcinom gestellt.

Bei der vorgenommenen Operation wurde die Geschwulst nach Lösung zahlreicher Verwachsungen, welche alle mit dem Messer getrennt werden mussten, und mit einem grossen Stück der mit ihr verwachsenen Vena jugularis communis exstirpiert. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass sie aus Granulationsgewebe bestand. Die ursprüngliche Diagnose Carcinom musste aufgegeben werden. Da bei der Patientin auch später ein Reihe syphilitischer Erscheinungen auftrat, ist an der Richtigkeit der Diagnose „Syphilom" nicht zu zweifeln.

Ein zweiter hierher gehöriger Fall wurde von Herrn Professor Helferich in München behandelt. Die freundliche Mitteilung desselben seitens meines verehrten Lehrers macht mir die kurze Beschreibung dieses Falles möglich, der gewissermassen ein Zwischenglied bildet zwischen den reinen, von der Gefässwand ausgehenden Syphilomen und den Muskelsyphilomen des M. sterno-cleido-mastoideus.

Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, der Herrn Professor Helferich am 19. Juni 1883 von einem Laryngologen zugeschickt wurde. Unter dem M. sterno cleido-mastoideus hat sich am Halse ein Tumor entwickelt, der allmählich Apfelgrösse erreicht hat. Patient hat bisher Jodkali, Jod und Arsen bekommen.

Seit einigen Tagen ist die Sprache näselnd geworden, das Velum palatinum kann nur unvollständig gehoben werden. Die Lymphdrüsen sind nicht geschwollen. Jegliche luetische Infection wird in Abrede gestellt.

Der Tumor erscheint als Lymphom mit nicht

ganz scharfer Begrenzung. Die ganze Masse lässt sich hin und her verschieben. Die Carotis liegt unter dem Tumor. Der M. sterno-cleido-mastoid. ist von demselben nicht abzugrenzen. Ob er unter oder über dem Tumor liegt, ist zweifelhaft. Scheinbar geht er in den Tumor hinein.

Bei einer späteren Untersuchung ergiebt sich, dass die lähmungsartigen Erscheinungen beim Schlucken nicht zugenommen haben; auch im übrigen ist der Status derselbe geblieben, weshalb die operative Entfernung der Geschwulst beschlossen wird.

Bei der streng antiseptischen Operation wird durch grosse Incisionen ein gelbes, speckiges, brüchiges Gewebe freigelegt, das ohne deutliche Grenzen alle Nachbargewebe durchdringt. Vom M. sterno-cleido-mastoid., der pathologisch stark verändert ist, müssen grosse Partien mit entfernt werden. Abgegrenzte Drüsen sind nicht vorhanden. — Trotz des vorsichtigsten Ablösens erfolgen Blutungen aus der brüchig veränderten Vena jugularis interna, die die doppelte Ligatur ober- und unterhalb der krankhaften Stelle notwendig machen. Von dem diffus in das angrenzende Gewebe übergehenden Tumor bleiben Bestandteile in der Wunde zurück.

Aseptischer Verband; fieberloser Verlauf und vollständige Heilung.

Der M. sterno-cleido-mastoid. scheint der Hauptsitz des Tumors zu sein. Hier hat derselbe ein deutlich faseriges Gewebe. Doch erscheinen die Muskelfasern gänzlich verändert, dicker, gelb, speckig und zerreisslich.

Die eigentümlich brüchige, speckige Structur des Tumors im Zusammenhang mit seinem Übergreifen auf den M. sterno-cleido-mastoid. passt nicht zu der

Diagnose Lymphom. Vielmehr handelte es sich mit Sicherheit um ein Syphilom; nur das ist zweifelhaft, ob der primäre Ursprung desselben in der Gefässwand der Vena jugularis interna oder im M. sterno-cleido-mastoid. zu suchen ist, da beide Gebilde gleich weit vorgeschrittene, krankhafte Veränderungen zeigen.

Dieser Fall lehrt, dass selbst bei Beteiligung des M. sterno-cleido-mastoid., des anerkannten Lieblingssitzes der Halssyphilome, die Beurteilung dieser Geschwülste zu Verwechslungen mit anderen führen kann.

Es wäre also von der höchsten Wichtigkeit, Mittel zu finden, um diese Gummageschwülste mit Sicherheit erkennen zu können, was um so schwieriger sein wird, als ihnen charakteristische Symptome vielfach abgehen, und es muss leider zugegeben werden, dass weder der äussere Habitus der Geschwulst, noch die sie begleitenden objektiven und subjektiven Erscheinungen vor diagnostischen Fehlern sicher stellen. Dazu kommt, dass der makroskopische und mikroskopische Befund der exstirpierten Geschwulst nicht immer so specifische Kennzeichen bieten dürften, um Irrtümer mit Sicherheit auszuschliessen.

Deswegen aber darf die Hoffnung nicht aufgegeben werden, dass mit der Zeit sichere Merkmale gefunden werden können, die einen Irrtum in der Diagnose unmöglich machen. Das Entscheidende in dieser Beziehung wäre die Auffindung eines specifischen Krankheitserregers, wie man ihn für so viele andere Infectionskrankheiten, beispielsweise für die Tuberkulose in den Tuberkelbacillen, entdeckt hat. Mit der Wahrnehmung des Infektionsträgers in einem der Geschwulst entnommenen Partikelchen wäre dann die Diagnose gesichert. Es haben allerdings in den Syphilomen verschiedene Forscher verschiedene Mikrokokken

gefunden und jedem die Rolle eines specifischen Krankheitserregers zugeteilt, allein die nur durch Impfung zu erbringende Bestätigung dieser Specifica steht noch aus. Hier bietet sich der bakteriologischen Forschung ein ebenso schwieriges, wie dankbares Objekt zu Untersuchungen.

Bei ausschliesslicher Erkrankung des M. sterno-cleido-mastoid. dürfte bei dem heutigen Stand der Wissenschaft die Diagnose weniger Schwierigkeiten machen.

Es ist noch gar nicht so lange her, dass man auf das Syphilom des Kopfnickers als eine im Verlaufe der Syphilis durchaus nicht so selten auftretende Krankheitsform aufmerksam gemacht hat. Am frühesten geschah dies in Frankreich, wo Bouisson[1]) i. J. 1846 überhaupt zuerst Muskelsyphilome beschrieben hat. Ausser ihm hat Nélaton[2]) einige Fälle von Syphilomen des Kopfnickers mitgeteilt. In Deutschland hat v. Langenbeck besondere Verdienste um die Kenntnis der Halssyphilome. In neuerer Zeit ist namentlich von Dr. Bramann[3]) in Berlin und von Dr. August Bier[4]) in Kiel weiter gearbeitet und die Casuistik bereichert worden. Letzterer spricht bereits den Satz aus: „Geschwülste des Kopfnickers sind höchst wahrscheinlich syphilitischer Natur".

Prof. Ed. Lang[5]) in Wien geht sogar noch weiter, indem er Tumoren im Kopfnicker specifisch patho-

---

[1]) Bouisson: Tribut à la chirurgie 1858.

[2]) Nélaton: Gaz. des hôp. No. 6. 1858. No. 11 p. 42.

[3]) Berliner klin. Wochenschrift 1889. XXVI. Jahrg. No. 6.

[4]) Esmarch, Mitteilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel. Kiel und Leipzig 1888.

[5]) Wiener klin. Wochenschrift 1889 No. 4 und No. 8.

gnomonische Bedeutung beimisst. Es heisst von dem betreffenden Fall, dessen Diagnose anfangs nicht klar war: „Die richtige Diagnose auf Lues wurde vom Prof. Ed. Lang gestellt, der ausser andern Ausschlag gebenden Symptomen an der Patientin eine charakteristische syphilitische Myositis des linken Kopfnickers entdeckte."

Es wäre ein grosser Fehler, wollte man sich eine einzige Krankheitsform entgehen lassen, die im Verlaufe der Lues auftritt und auf sie sich zurückführen lässt. Es kann das scheinbar unbedeutendste Symptom viel zur Beleuchtung der Pathologie dieser interessanten Krankheit beitragen.

Demnach halte ich es für zweckentsprechend, hier einige passende Fälle von Syphilom des Kopfnickers, die in der Litteratur der neueren Zeit häufiger und ausführlich beschrieben sind, kurz zu skizziren.

Von diesen Fällen gleichen einzelne in Bezug auf das pathologisch-anatomische, wie auf das klinische Bild fast bis in die Details, alle jedoch in ihren Hauptzügen ganz dem von mir beschriebenen reinen Syphilom des Halses, das von der Gefässwand seinen Ursprung nimmt. Mit Rücksicht auf diese Thatsache ist die kurze Schilderung ähnlicher Fälle auch deshalb angezeigt, als die Anzahl von nur drei Fällen — den von v. Langenbeck und von Herrn Prof. Helferich mit eingerechnet — doch viel zu gering wäre, um genügend Material für ein zusammenhängendes, nur einigermassen typisches Krankheitsbild zu bieten, wie ich es am Schluss dieser Arbeit zu geben gedenke. Hingegen mit anderen Fällen ähnlicher Art zusammengestellt, gewinnt der meinige ebensoviel an Interesse, als er den Wert der übrigen erhöht.

I.

H. H.[1]), 17 Jahre. Vor 6 Monaten entstand eine Geschwulst in der linken fossa jugularis, die langsam und ohne Schmerzen wuchs. Infolge verschiedener Pflaster bildete sich ein Geschwür, das bis auf den obern Rand des Brustbeins drang. Eine zweite Geschwulst am Orbitaldach des rechten Stirnbeins.

Status. Gesund und blühend aussehender Jüngling. Die erstere Geschwulst sitzt vorzugsweise im unteren Teil des linken Kopfnickers. Sie ist mit dem Sterno-Claviculargelenk verwachsen.

Damalige Diagnose: Multiple Sarkome. (Syphilome?) Probeexcision.

Mikroskop. Diagnose aus dem exstirpierten Stück gestellt: Faserzellensarkom. Trotzdem Verdacht auf Syphilis. Heilung durch Jodkali.

Der Verdacht auf Syphilis wird bestätigt durch folgenden Bericht des Hausarztes:

Die Mutter des Patienten wurde von ihm vor 16 Jahren wegen syphilitischer Geschwüre an den Genitalien und im Halse, und gleichzeitig eins ihrer Kinder an syphilitischem Hautausschlag behandelt. Er glaubt, dass letzteres der jetzige Patient war.

II.

M. L., Bäckerfrau, 26 J. 19./8.—25./8. 85.

Patientin war früher stets gesund. Bald nach ihrer Verheiratung Fehlgeburt im dritten Monat. Später 2 gesunde Kinder. Von Ostern bis Pfingsten 1885 litt Patientin an Halsschmerzen. Seit Pfingsten

[1]) Fall I, II u. III entstammen der Zusammenstellung von Dr. August Bier in Esmarch, Mitteilungen aus der chirurg. Klinik zu Kiel. Kiel und Leipzig 1888.

entwickelte sich an der rechten Seite des Halses eine Geschwulst, die in letzter Zeit besonders nachts stark schmerzte. Luetische Infection weder von der Frau noch von dem Manne zugegeben.

Status. Gesund aussehende, kräftige Frau. Im rechten Kopfnicker eine enteneigrosse, sehr harte Geschwulst, verwachsen mit dem Sterno-Claviculargelenk. Haut über ihr verschieblich, nicht verändert. Starke nächtliche Schmerzen in der Geschwulst. Patientin ist im 7. Monat schwanger.

Diagnose. Syphilom des rechten Kopfnickers.

Therapie. Täglich 3 g Jodkali.

25./8. 85. Geschwulst bedeutend verkleinert. Entlassung. Nach einem Bericht des Hausarztes vom 11./9. 85 ist nach Verbrauch von 60 g Jodkali die Geschwulst vollständig verschwunden. 8./11. 85. Entbindung von einem gesunden Knaben.

III.

M. St., Landmannsfrau, 34 Jahre. 26./2.—9./4. 87.

Seit Oktober 1886 schnell wachsende Geschwulst an der linken Seite des Halses. Seit 21./1. 87 ärztliche Behandlung. Damals Geschwulst reichlich hühnereigross, sehr hart, auf Druck wenig empfindlich. Mehrfache Probepunktionen resultatlos. Tinct. jodi äusserlich, Acid. arsenic. innerlich und mit Einspritzungen von Solut. Fowleri ohne Erfolg. Luetische Infection nicht zugegeben. Familie ganz gesund.

Status. Sehr harte Geschwulst von der Grösse eines halben Storcheneies an der rechten Seite des Halses. Sie sitzt der Clavicula auf und ist mit ihr verwachsen. Geschwulst nicht scharf begrenzt, ohne nennenswerte Beschwerden. Keine Symptome von Syphilis.

Diagnose. Wegen der ausserordentlichen Härte der Geschwulst wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Aktinomykose“ gestellt; erst in zweiter Linie wird an Syphilom gedacht.

6./3. Probeincision in Narkose. Die Geschwulst sitzt am Kopfnicker. Sie besteht aus grauweissem, zum Teil gallartigem und verkästem Gewebe. Aus dem Aussehen wird Syphilom diagnosticiert. Ausschaben von Gewebsmassen.

Mikroskopische Untersuchung: Granulationsgewebe mit zahlreichen nekrotischen Partien.

Jodoformgazetamponade der Wunde. Täglich 3 g Jodkali innerlich, seit 1./4. 5 g. Geschwulst verkleinert sich zusehends. Einige nekrotische Fetzen stossen sich aus der Wunde ab.

9/4. Entlassung. Geschwulst bedeutend geschrumpft, die Incisionsstelle granuliert noch oberflächlich. Patientin nimmt zu Hause Jodkali weiter.

25/11. Patientin stellt sich wieder vor. Von der Geschwulst keine Spur mehr vorhanden. Tiefe Einsenkung im Kopfnicker. Leichtes Caput obstipum nach der kranken Seite hin. Bewegungen des Kopfes frei.

IV.

36 Jahre alter Mann[1]).

Taubeneigrosses Gumma im rechten M. sterno-cleido-mastoid., etwa 4 cm oberhalb seiner Insertion an das Sternum, welches gleichzeitig mit Echthymafasern und mit gummöser Orchitis einherging. Langenbeck giebt selbst zu: „Ohne die andern Erscheinungen von constitutioneller Syphilis würde es schwer gewesen sein, die ziemlich feste, mit dem Muskel be-

[1]) Langenbecks Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXVI. p. 267.

wegliche Geschwulst nicht für ein Fibrosarkom zu halten.

V.

31 Jahre alte Frau,[1]) seit 6 Jahren verheiratet, keine Kinder, will niemals schwanger oder krank gewesen sein. Residuen einer syphilitischen Infection nicht nachweisbar. Seit drei Monaten bemerkte Patientin eine Geschwulst an der rechten Seite des Halses, bald darauf eine zweite in der Gegend der Clavicula.

Die erste, etwa wallnussgrosse Geschwulst ist von harter, derber Consistenz, eine Verbindung mit dem Knochen nicht vorhanden. Der Tumor hat seinen Sitz mitten im Muskel.

Diagnose: Syphilom.

Therapie: Jodkali.

VI.

40 Jahre alter Mann, 1874 inficirt und damals nach seiner Angabe mit Pillen behandelt. Er will nie einen Ausschlag u. s. w. gehabt haben. Im Juni vorigen Jahres fühlte er eine Geschwulst an der linken Seite des Halses, die zunächst keine Schmerzen verursachte, allmählich an Grösse zunahm. Die Geschwulst fühlt sich bretthart an und reicht von der Schädelbasis bis zur Clavicula. Dr. Bramann, der diesen Fall vorstellt, ist der Ansicht, dass es sich hier mehr um eine diffuse Infiltration des M. sterno-cleido-mastoid. handelt, die der antisyphilitischen Kur länger Stand zu halten pflegt.

Aus diesen im ganzen neun Fällen will ich versuchen, ein zusammenhängendes Krankheitsbild zu

[1]) Fall V und VI sind in der Berliner klin. Wochenschrift 1889 XXVI. Jahrg. No. 6 abgedruckt.

entwerfen. Wo sich Verschiedenheiten zwischen dem Syphiloma colli, das von der Gefässwand ausgeht, und zwischen den reinen Muskelsyphilomen der sterno-cleido-mastoid. herausstellen, werden dieselben besonders hervorgehoben werden.

Dass die Syphilome zu den tertiären Erscheinungen der Syphilis zu rechnen sind, ist allgemein anerkannt.

Die sekundär-syphilitischen Erscheinungen haben im grossen Ganzen eine mehr acutere Verlaufsweise und zeigen sich mehr im Bilde der Entzündung, der Hyperämie und der Exsudation, während die Symptome im tertiär-syphilitischen Stadium mehr chronisch verlaufen, und bei ihnen der hyperplasirende, geschwulstbildende Charakter in Form der gummösen Wucherung in die Erscheinung tritt. Diese Formen schliessen sich im allgemeinen an die Reihe der Bindegewebs- und bindegewebsartigen Geschwülste an. Sie unterscheiden sich aber von den regelmässigen Arten derselben wesentlich dadurch, dass sie in ihrem entwickelten Zustande keine reife Bindesubstanz, noch ein Analogon davon darstellen, dass sie an sich keinen bleibenden Charakter gewinnen, kein Dauergewebe bilden, sondern überwiegend aus Elementen transitorischer Art bestehen, und dass der Zerfall, das Untergehen, das Erweichen und Ulceriren bei ihnen gleichsam der regelmässige und notwendige Beschluss ihrer Existenz ist. Wir haben es also nicht mit wirklichen Neubildungen zu thun, die keiner Rückbildung fähig sind, sondern es tritt der entzündliche Charakter der pathologischen Veränderung deutlich hervor, und es ist oft unmöglich, eine wirkliche Grenze zwischen Entzündung und Geschwulstbildung aufzufinden. Betrachten wir nunmehr die pathologische Anatomie der Syphilome.

Virchow[1]) sagt: Sie erreichen einen Durchmesser von mehreren Zollen, fühlen sich hart an und erscheinen auf Durchschnitten als rötlich weisse, rein weisse oder gelb weisse, leicht streifige, jedoch gewöhnlich nicht trockene Einlagerungen.

Soweit die angeführten Fälle zur pathologisch-anatomischen Untersuchung kamen, stimmen sie mit dieser Beschreibung Virchows wesentlich überein.

Von dem ersten Fall heisst es: Die Schnittfläche erscheint gleichmässig grau-rot, durchscheinend, von derber, faserig-elastischer Consistenz. Einzelne Stellen sind weicher, gelblich-opak. Dieses Aussehen ist nach Dr. Bier einigermassen charakterisiert und verleiht bei der grossen Unsicherheit der klinischen Symptome der in der letzten Zeit in Kiel regelmässig geübten und von dort aus empfohlenen Probeincision einen hohen differential-diagnostischen Wert.

Im Gegensatz zu Virchows Angaben wurden in dem einen Fall (II) trockne, käsige Einlagerungen beobachtet; auch gallertiges Gewebe fand sich.

„Die mikroskopische Untersuchung", fährt Virchow fort, „lehrt eine feinzellige, dichte Granulation des intramuskulären Bindegewebes mit frühzeitiger fettiger Degeneration, unter welcher letzteren die Zellen vollständig verschwinden und nur eine feinkörnige, fettreiche, scheinbar strukturlose Masse zurückbleibt. Die späteren Stadien können daher den Eindruck einer amorphen Infiltration machen. Untersucht man dagegen in einer früheren Zeit, so trifft man eine überraschende Masse kleinerer meist runder einkerniger Zellen, wie in der ausgesprochenen Granulation. Dieses zellige Stadium dauert bei dem Muskelgumma länger, als, vielleicht

[1]) Virchow: Die krankhaften Geschwulste Bd. II p, 437.

mit Ausnahme der Hirngeschwülste, an irgend einer andern Art von Gummagewächsen, und da zugleich der grosse Umfang dieser Bildungen sie den vollkommensten Geschwulstformen an die Seite stellt, so liegen Verwechselungen mit anderen Gewächsen, namentlich kleinzelligen Sarkomen, überaus nahe".

Auch die mikroskopischen Befunde der drei zur Untersuchung gelangten Fälle weichen nur wenig von dieser Beschreibung ab. In allen dreien haben wir Granulationen, wozu bei dem einen zahlreiche nekrotische Heerde kommen.

Ganz besonders interessante Verhältnisse bietet die mikroskopische Untersuchung des von mir beschriebenen Falles des Syphiloms, das von der Gefässwand ausging. Neben zartem jungen Bindegewebe mit zahlreichen sternförmigen Bindegewebszellen haben wir dort derbes, festes und sklerotisches Bindegewebe mit derben breiten Fasern, die fast wie starke elastische Fasern aussehen. Der Gedanke, dass das sklerotische Gewebe vielleicht die Narbe einer früheren syphilitischen Wucherung bildet, in der gummöse Recidive aufgetreten sind, scheint mir nicht ohne Berechtigung zu sein.

August Bier, der ganz ähnliche Verhältnisse in einem Syphilom des rechten M. pectoralis maior sah, hat ihn zuerst ausgesprochen.

Nicht minder verschiedenartig als die anatomischen sind die klinischen Bilder, welche die Syphilome des Halses darbieten. Das von der Gefässwand ausgehende Syphilom wurde stets mit der Venenwand im Zusammenhang gefunden, zweimal mit der Vena jugularis communis, so auch in dem hier beobachteten Fall, einmal mit der Vena jugularis interna. Die andern Syphilome sitzen meist an den Ansatzpunkten

des M. sterno-cleido-mastoideus, in der Nähe des Sternum oder der Clavicula, so dass einige Autoren die Ansicht ausgesprochen haben, dass sie auf dem Periost ihre Entstehung nehmen. Diese Auffassung hat Bier zurückgewiesen, indem er ausführt: 1) die von ihm beobachteten Geschwülste entwickelten sich ausschliesslich im Muskel und ahmten seine Form nach; 2) in dem einen Falle bewies die Probeincision, sowie später der Schiefhals und die tief in den Muskel eingezogene Narbe die direkte Erkrankung desselben.

Die Entwickelung des Syphiloma colli, mag es im Muskel oder von der Gefässwand seinen Ursprung nehmen, entbehrt vollständig des typischen Verlaufes; bald wächst es sehr rasch, bald sehr langsam, wie ein Vergleich der angeführten Fälle zeigt. Immer ist die Geschwulst sehr hart. In ihrem Heranwachsen durch Agglomeration isolierter Knoten beruht die in manchen Fällen beobachtete unregelmässig höckrige Beschaffenheit ihrer Oberfläche.

Die Verwachsung mit den Nachbargeweben ist immer eine ungewöhnlich feste und innige.

Ausser den an andrer Stelle bereits erwähnten subjektiven Beschwerden beim Atmen und Schlucken, sowie bei der Artikulation wären noch die Schmerzen zu erwähnen. Bald fehlen sie vollständig, bald äussern sie sich nur bei Berührung. Solange die bedeckende Haut nicht ergriffen ist, also während des Entstehens der Geschwulst, scheinen sie zu fehlen. Dies Symptom ist von entschieden praktischem Interesse, weil es häufig zu sein scheint, ein Gegenstück zu den pathognomonischen nächtlichen Knochenschmerzen darstellt und deshalb in zweifelhaften Fällen auf die Diagnose leiten kann.

Die oben genannten Beschwerden werden durch

das tiefer liegende Syphilom der Gefässwand erklärlicher Weise viel leichter hervorgerufen, wie durch das Syphilom des Kopfnickers, es sei denn, dass dieses bereits sehr grossen Umfang erreicht habe.

In allen Fällen markieren Verlauf und Resultat der Behandlung die Affection als entschieden syphilitisch. Immer schaffte die Behandlung Besserung, welche im allgemeinen sehr prompt und gut von statten ging. Die antisyphilitische Behandlung in einer ihrer Formen, Quecksilber äusserlich oder Jodkali innerlich in grossen Dosen hat sich auch gegen diese syphilitische Affection glänzend bewährt.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Helferich, bin ich zu besonderem Dank verpflichtet für die Überlassung des Materials, sowie für die gütige Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung dieser Arbeit freundlichst zu teil werden liess. Ich fühle mich gedrungen, diesen meinen Dank hiermit ergebenst auszusprechen.

Litteratur.

(Ausser der im Text angegebenen.)

1. Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
2. E. Rindfleisch, Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre.
3. v. Dremssen, Pathologie.
4. Finger, Syphilis und venerische Hautkrankheiten.
5. Vierteljahresschrift für Darmatologie und Syphilis.
6. Hüter, spec. Chirurgie.
7. Koenig und Riedel, die entzündlichen Processe am Halse und die Geschwülste am Halse in Billroth und Lücke, Deutsche Chirurgie, Liefg. 36, Stuttgart 1882.
8. Ed. Lange, Lupus, Syphilis und Flächenkrebs, Wien, medicinische Presse 1878, Nr. 6.
9. E. Wagner, Archiv der Heilkunde. IV. Jahrgang 1873.
10. Dr. Edmund Lesser, Geschlechtskrankheiten.

Lebenslauf.

Am 27. März 1863 kam ich in Cörlin a./Pers., Provinz Pommern, als Sohn des Kaufmanns Ludwig Pumplun und seiner verstorbenen Ehefrau Johanna, geb. Becker, zur Welt. In der Taufe erhielt ich die Vornamen Emil Traugott Hermann. Ich bin evangelischen Bekenntnisses.

Der erste Unterricht wurde mir in der Bürger- und in der Vorschule meiner Vaterstadt zu teil, die ich mit Vollendung meines 12. Lebensjahres verliess, um das königliche Gymnasium zu Cöslin zu besuchen. —

Nachdem ich Ostern 1884 auf dem Gymnasium zu Stolp das Abiturientenexamen bestanden hatte, bezog ich die Universität Heidelberg. Ich studierte Medizin, zuerst 3 Semester in Heidelberg, dann 2 Semester in Leipzig und gehöre nunmehr seit Michaelis 86 der Greifswalder medicinischen Fakultät an. Im Sommer-Semester 1887 bestand ich das Tentamen physicum und am 23. März 1889 das Examen rigorosum.

Im activen Heere habe ich nicht gedient. Ich wurde wegen bedingter Tauglichkeit zur Ersatzreserve als Krankenwärter überwiesen.

Während meiner bisherigen Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Heidelberg:

Bunsen. Gegenbaur. Quinke.

In Leipzig:

His. Leuckart. Ludwig. Wislicenus.

In Greifswald:

Grawitz. Helferich. Krabler. Mosler. Peiper. Pernice. Frhr. v. Preuschen. Rinne. Schirmer. Schulz. Sommer. Solger.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sage ich hiermit meinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

I.

In Fällen, wo andere Anhaltspunkte für Syphilis fehlen, ist für die Diagnose der therapeutische Versuch von Jodkalium zu Hülfe zu nehmen.

II.

Unter Beobachtung der nötigen Vorsichtsmassregeln ist die Behandlung der Coniunctivitis granulosa mit Sublimat 1 : 400 warm zu empfehlen.

III.

Asphaltpflaster ist in hygienischer Beziehung jedem anderen vorzuziehen.